

Effects of emotion-oriented care in homes for the elderly

Citation for published version (APA):

Schrijnemaekers, V. J. J. (2002). *Effects of emotion-oriented care in homes for the elderly*. [Doctoral Thesis, Maastricht University]. Universiteit Maastricht. <https://doi.org/10.26481/dis.20020531vs>

Document status and date:

Published: 01/01/2002

DOI:

[10.26481/dis.20020531vs](https://doi.org/10.26481/dis.20020531vs)

Document Version:

Publisher's PDF, also known as Version of record

Please check the document version of this publication:

- A submitted manuscript is the version of the article upon submission and before peer-review. There can be important differences between the submitted version and the official published version of record. People interested in the research are advised to contact the author for the final version of the publication, or visit the DOI to the publisher's website.
- The final author version and the galley proof are versions of the publication after peer review.
- The final published version features the final layout of the paper including the volume, issue and page numbers.

[Link to publication](#)

General rights

Copyright and moral rights for the publications made accessible in the public portal are retained by the authors and/or other copyright owners and it is a condition of accessing publications that users recognise and abide by the legal requirements associated with these rights.

- Users may download and print one copy of any publication from the public portal for the purpose of private study or research.
- You may not further distribute the material or use it for any profit-making activity or commercial gain
- You may freely distribute the URL identifying the publication in the public portal.

If the publication is distributed under the terms of Article 25fa of the Dutch Copyright Act, indicated by the "Taverne" license above, please follow below link for the End User Agreement:

www.umlib.nl/taverne-license

Take down policy

If you believe that this document breaches copyright please contact us at:

repository@maastrichtuniversity.nl

providing details and we will investigate your claim.

Summary

The introduction of this thesis (*chapter 1*) describes the background and relevance of the study. It is stated that dementia and the often accompanying behavioral disturbances occur frequently in elderly people. These problems critically impact on the patient and their caregivers.

As little is known about the etiology of dementia, no effective treatments are yet available. Consequently, treatment often addresses symptom management. There are no real effective pharmaceutical treatments available for the behavioral disturbances in dementia patients and they induce many side-effects. Over the last decades several care approaches and therapies have been developed in the care for psycho-geriatric patients. In general four types of psychosocial treatments are distinguished: behavior-oriented, stimulation-oriented, emotion-oriented and cognition-oriented.

'Validation' is a frequently used and popular psychosocial approach in dementia care. This approach has been developed in the 1960s by Feil. She describes it as a process of communicating with disoriented elderly people by validating and respecting their feelings. Validation does not force disoriented elderly people into 'our reality'; instead the elderly person's perception of the environment is validated. In the Netherlands there is a tendency to apply validation in combination with other approaches, such as sensory-stimulation and reminiscence. This combined approach, mainly based on the validation approach, is called emotion-oriented care. Because there is insufficient scientific evidence for the effectiveness of the various approaches, additional research is needed.

We investigated the effects of emotion-oriented care on elderly people with moderate to severe cognitive impairment and behavioral problems and their professional caregivers in homes for the elderly.

Chapter 2 describes a literature review on the effectiveness of the validation approach in the care for disoriented elderly people. Various computerized data-sets (such as MEDLINE and PSYCHLIT) and other sources were used to search for relevant studies. By contacting Feil, also unpublished articles and reports became available.

The search resulted in sixteen studies. These studies were conducted in different parts of the world, relate to (relatively small) populations in various settings, use different outcome measures and have follow-up measurements varying from ten days to twelve months. The interventions related to group sessions of validation (with a large variety in frequency and duration), training of caregivers in validation, and/or the implementation of validation. The study designs also show major differences: three randomized controlled trials, three quasi experiments with a control group and ten studies without a control group and/or without pretest measurements. Nearly all studies suffered from serious methodological shortcomings and the results were conflicting. It appeared that the better the study, the less favorable the effects of validation were. It is concluded that there is insufficient evidence yet for the effectiveness of validation and that additional research is needed.

Chapter 3 presents the design of the study to test the effects of emotion-oriented care on residents and their professional caregivers in homes for the elderly. A randomized controlled trial (RCT) has been conducted in sixteen homes for the elderly. After pre-stratification the homes were randomly allocated to an intervention or control group. 151 Residents with moderate to severe cognitive impairment and behavioral problems have been included in the study. All included residents participated in a structured day-care program in the home for the elderly. Furthermore, 300 professional caregivers in the homes were selected for the study.

In the eight intervention homes the caregivers at the day-care unit and some caregivers of the wards, received a training program in emotion-oriented care. In the eight control homes usual care was continued.

To study the effects of the new care approach, measurements were performed at baseline and after three, six and twelve months of follow-up. The primary outcome measure for the resident was behavioral problems and for the caregivers job satisfaction. Secondary outcomes for the residents were some other behavior-related outcomes and for the caregivers burnout and sick-leave. Various multilevel analyses were conducted to study the differences between the two study groups.

The *chapters 4 and 5* present the results for the residents and the professional caregivers in the homes for the elderly.

An important goal of emotion-oriented care is to reduce problem behavior in elderly people with cognitive impairment and behavioral problems. These behavioral problems relate to among others: loss of decorum and nonsocial, apathetic, rebellious, restless, dependent and anxious behavior. We were unable to confirm the presumed beneficial effects. Although relatively more estimated differences were in favor of the intervention group, the differences were neither statistically significant nor clinically relevant. Data from various sources (caregivers of the day-care unit, caregivers of the ward, and representatives of the resident) showed consistently no positive effects. Some statistically significant effects after six months of follow-up, only partly in favor of the intervention homes, were probably due to chance (multiple testing).

A second goal of emotion-oriented care is to improve job satisfaction and other work-related aspects of professional caregivers. With regard to the caregivers, some modest positive effects in favor of the intervention homes on subscales of job satisfaction and burnout were found. The caregivers in the intervention group had, for instance, a statistically significant better score on the job satisfaction subscale 'opportunities for self-actualization' and on the burnout subscale 'personal accomplishment'. Although all statistically significant differences were in favor of the intervention homes, one has to notice that they have limited clinical meaning.

Chapter 6 presents the results of an additional qualitative study. This investigation studied two questions: (1) to what extent did the intervention sites comply to the 'rules' of the new care model, and (2) what were experiences of employees in the intervention homes concerning the training in and the implementation of the new care model?

The qualitative study was performed in eight of the sixteen homes for the elderly (four intervention and four control homes). In both the intervention and control homes, observations on the day-care units were conducted and care plans were studied to answer the first question. To study the experiences of the caregivers with the training and implementation of emotion-oriented care, semi-structured interviews were conducted with four persons in each of the four intervention sites (a total of sixteen interviews).

The observations showed no clear differences between intervention and control homes with regard to the communication and interactions between residents and professional caregivers. Analysis of the reporting systems revealed differences within as well as between the intervention and control homes. The content of the reports showed no differences between the intervention and control homes. The interviewees had different expectations of the EOC training, depending on their disciplinary background. The caregivers regarded the training as a confirmation of their current practice. They experienced some changes at the individual level and some of them reported that the co-operation between units had become better. At

the home-level no changes were reported. Often interviewees indicated that the implementation of EOC was difficult and laborious.

Chapter 7 presents a summary of the main findings and a methodological reflection on the study. Methodological points of interest are the non-blinded outcome measurements, the absence of a control or placebo intervention and the contrast between the intervention and control group.

Subsequently, our findings are embedded in the available evidence regarding emotion-oriented care approaches. Up to now, only two large randomized studies of good methodological quality were conducted. Although the interventions and outcome measures in these two trials differed, our results are to a large extent comparable, indicating no convincing positive effects.

We conclude that there is insufficient evidence yet to implement emotion-oriented care on a large scale and that offering ad hoc training to professional caregivers is not advisable.

Given the modest effects, combined with the enthusiasm in the field and the lack of alternative care approaches, additional research is recommended. Before new large-scaled randomized studies are conducted, more insight is needed into the optimization of training and implementation strategies for emotion-oriented care.

110

111

112

113

114

Samenvatting¹

In de inleiding (*hoofdstuk 1*) van dit proefschrift wordt de relevantie en aanleiding van het onderzoek beschreven. Aangegeven wordt dat dementie en de hiermee vaak gepaard gaande gedragsstoornissen veel voorkomen bij oudere mensen en dat dit veel leed, zorgen en frustratie met zich mee kan brengen voor patiënten en hun zorgverleners.

Omdat er nog maar weinig bekend is over de etiologie van dementie, is er op dit moment nog geen effectieve preventie en genezing mogelijk. Dientengevolge richt de behandeling zich vaak op symptoombestrijding. Er zijn nog nauwelijks effectieve farmacologische behandelingen voor gedragsstoornissen bij demente ouderen en deze behandelingen gaan vaak gepaard met veel bijwerkingen. De ontwikkeling van niet farmacologische behandelingen en benaderingen heeft de afgelopen jaren veel aandacht gekregen. Zo worden bijvoorbeeld door de American Psychiatric Association (APA) vier soorten benaderingen onderscheiden: gedrags-, stimulatie-, emotie- en cognitie-georiënteerd. 'Validation' is een veel gebruikte en populaire emotie-georiënteerde benadering in de psycho-geriatrie. Deze benadering is in de jaren zestig ontwikkeld door Feil met als uitgangspunten het herkennen en bevestigen van gevoelens vanuit een empathische houding. In plaats van de demente ouderen voortdurend bij onze werkelijkheid te betrekken, wordt de oudere in zijn belevingswereld 'erkend' of 'gevalideerd'. Sinds enige jaren is er een voorkeur ontstaan om de benaderingswijze validation te combineren met (elementen uit) andere methodieken, zoals reminiscentie en zintuigactivering. Dit gecombineerde aanbod, met validation als basis, wordt belevingsgerichte zorg genoemd. Voor de effectiviteit van verschillende benaderingen is nog onvoldoende wetenschappelijk bewijs. Er is derhalve behoefte aan nieuw onderzoek.

Het voorgaande was voor ons de aanleiding om onderzoek te verrichten naar de effectiviteit van belevingsgerichte zorg. Het onderzoek richt zich op de effecten op het gedrag van verzorgingshuisbewoners met cognitieve stoornissen en gedragsproblemen enerzijds en anderzijds op de arbeidstevredenheid van het verzorgend personeel in verzorgingshuizen.

Hoofdstuk 2 beschrijft de bevindingen van een literatuuronderzoek naar de effectiviteit van validation als benadering in de zorg voor dementerende ouderen. Om relevante effectiviteitsstudies op te sporen zijn verschillende databases zoals MEDLINE en PSYCHLIT gebruikt, is de Science Citation Index geraadpleegd en zijn alle in literatuurlijsten gevonden studies gecheckt. Door contact op te nemen met Feil zijn ook ongepubliceerde artikelen en rapporten beschikbaar gekomen.

Uiteindelijk zijn zestien rapportages van effectstudies opgespoord. Deze studies zijn afkomstig uit drie verschillende werelddelen, hebben betrekking op (relatief kleine) populaties in verschillende settingen en hanteren diverse uitkomstmaten met follow-up metingen variërend van tien dagen tot twaalf maanden. De beschreven interventies betreffen groepssessies validation (van sterk uiteenlopende intensiteit en duur) en trainingen validation voor personeel en/of de implementatie van validation. Ook de methoden van onderzoek verschillen sterk: drie gerandomiseerde gecontroleerde onderzoeken, drie quasi-experimenten met controle groep en tien ongecontroleerde onderzoeken. De gevonden effectstudies naar validation hebben veel methodologische beperkingen en de resultaten zijn tegenstrijdig. Het blijkt dat hoe beter de methodologische kwaliteit van het onderzoek is, hoe minder gunstig de resultaten voor validation zijn. Concluderend wordt gesteld dat er (nog)

1. Een uitgebreide Nederlandstalige rapportage over het onderzoek is opgenomen in:

Schrijnemaekers, V.J.J., Rossum, van E., Candel, M.J.M., Frederiks, C.M.A., Derix, M.M.A., Brandt, van den P.A. (2000) Effecten van belevingsgerichte zorg in verzorgingshuizen. Maastricht: Universiteit Maastricht, Capaciteitsgroep Epidemiologie

onvoldoende bewijs is voor de effectiviteit van validation en dat aanvullend onderzoek nodig is.

In *hoofdstuk 3* wordt de opzet van het onderzoek naar de effectiviteit van belevingsgerichte zorg op verzorgingshuisbewoners en hun professionele zorgverleners beschreven. Het onderzoek is in zestien verzorgingshuizen uitgevoerd in de vorm van een gecontroleerd experiment (RCT). Na pre-stratificatie zijn de huizen random toegewezen aan de interventie- of controlegroep. Er hebben 151 verzorgingshuisbewoners met matig tot ernstige cognitieve stoornissen en gedragsproblemen deelgenomen aan het onderzoek. Deze bewoners maakten allemaal gebruik van een project voor gestructureerde opvang (b.v. groepsverzorging of substitutieproject) in het verzorgingshuis. Daarnaast hebben er 300 zorgverleners uit de verzorgingshuizen deelgenomen aan het onderzoek.

In de acht interventiehuizen ontving het personeel van de groepsverzorging (activiteitenbegeleiders en verzorgenden), alsmede enkele medewerkers van de afdeling, een cursus belevingsgerichte zorg. Vervolgens werd deze zorg geïmplementeerd in de betreffende huizen. In de acht controlehuizen werd de standaardzorg gecontinueerd. Na drie, zes en twaalf maanden vonden metingen plaats bij het verzorgend personeel en familieleden van de ouderen om de effecten van de nieuwe zorgbenadering op bewoners en personeel vast te stellen. De primaire effectmaat voor de bewoners was het gedrag en voor het verzorgend personeel de arbeidstevredenheid. Daarnaast zijn vele andere aan gedrag gerelateerde effectmaten geëvalueerd bij de bewoners en is bij het verzorgend personeel ook gekeken naar 'burnout' en ziekteverzuim. Verschillende multilevel analyses zijn uitgevoerd.

In de *hoofdstukken 4 en 5* worden achtereenvolgens de resultaten voor de verzorgingshuisbewoners en het verzorgend personeel gepresenteerd.

Een belangrijk doel van belevingsgerichte zorg is het verminderen van gedragsproblemen bij ouderen met matige tot ernstige cognitieve en gedragsstoornissen. De belangrijkste gedragsproblemen waren: decorum verlies en niet sociaal, apathisch, opstandig, onrustig, afhankelijk en angstig gedrag. Het veronderstelde gunstige effect, hebben wij in ons onderzoek niet kunnen bevestigen. Verschilcores op de verschillende effectmaten met betrekking tot het gedrag van de bewoners waren iets vaker licht in het voordeel van de interventiegroep. De gevonden verschillen tussen de twee groepen waren echter over het geheel genomen statistisch niet significant en klinisch niet relevant. Dit laatste bleek consistent voor de verschillende uitgevoerde analyses. Bovendien verschilden de uitkomsten niet tussen de drie groepen beoordelaars: medewerkers groepsverzorging, afdelingsverzorgenden en contactpersonen van de bewoners. Enkele statistisch significante resultaten na zes maanden -die overigens slechts ten dele in het voordeel van de interventie groep waren- zijn waarschijnlijk toevalsbevindingen (kanskapitalisatie).

Een tweede doel van belevingsgerichte zorg is het verbeteren van de arbeidstevredenheid en andere arbeidsgerelateerde aspecten bij het verzorgend personeel. Voor het verzorgend personeel zijn bescheiden positieve effecten gevonden op subschalen van arbeidstevredenheid en 'burnout'. De verzorgenden in de interventiegroep hadden bijvoorbeeld een statisch significant betere score op de arbeidstevredenheid subschaal 'groeimogelijkheden' en op de 'burnout' subschaal 'persoonlijke bekwaamheid'. Hierbij moet aangetekend worden dat de gevonden verschillen in de regel niet groot waren. Statistisch significante verschillen waren in de regel 'borderline'. Door de redelijke omvang van de onderzoeksgroepen (circa 150 personen per groep), zijn enkele niet statistisch significante verschillen tussen de groepen uit klinisch oogpunt bescheiden.

Hoofdstuk 6 presenteert de bevindingen van een aanvullende kwalitatieve studie, waarin twee vragen centraal stonden: (1) zijn er verschillen tussen de interventie- en controlehuizen waarneembaar in de communicatie en interactie met bewoners en (2) hoe ervaart het personeel in de interventiehuizen het belevingsgericht werken en de implementatie daarvan? Het kwalitatieve onderzoek is bijna een jaar na de start van de interventieperiode uitgevoerd bij acht van de zestien deelnemende verzorgingshuizen (vier interventie- en vier controlehuizen). Om de eerste vraag te beantwoorden zijn op beperkte schaal observaties verricht en zorgdossiers van deelnemende bewoners bestudeerd. Voor de tweede vraag zijn zestien semi-gestructureerde interviews met verschillende disciplines in de vier interventiehuizen uitgevoerd.

Uit de observaties kwamen geen duidelijke verschillen in communicatie en interactie op de groepsverzorging tussen de interventie- en controlehuizen naar voren. De analyses van de rapportages laten zowel verschillen binnen als tussen de interventie- en controlehuizen zien. Er werden geen verschillen gevonden in de inhoud van de rapportages tussen interventie- en controlehuizen.

Uit de interviews kwam naar voren dat men, afhankelijk van de hiërarchische positie, verschillende verwachtingen had van de cursus belevingsgerichte zorg. Veel zorgverleners beschouwden de training als een bevestiging van hun dagelijks handelen en ervoeren veranderingen in de omgang met bewoners op individueel niveau. Op afdelings- en huisniveau werden vrijwel geen veranderingen geconstateerd. Geïnterviewden gaven meermaals aan dat de implementatie van belevingsgerichte zorg moeilijk en arbeidsintensief is.

In *hoofdstuk 7* wordt een samenvatting van de belangrijkste resultaten gevolgd door een reflectie op de gehanteerde methoden van onderzoek. De belangrijkste aandachtspunten hierbij zijn de niet-geblindeerde effectmetingen, het ontbreken van een controle of placebo interventie en het contrast tussen de interventie- en controlegroep.

Vervolgens worden onze resultaten vergeleken met die van ander onderzoek naar de effectiviteit van validation of belevingsgerichte zorg. Tot nu toe zijn er slechts twee grote, methodologisch goed uitgevoerde gerandomiseerde studies uitgevoerd. Alhoewel de interventies en effectmaten van deze twee onderzoeken deels anders zijn dan die in ons onderzoek, zijn de resultaten over het algemeen vergelijkbaar: er worden geen overtuigend positieve effecten aangetoond.

Tot slot wordt geconcludeerd dat er momenteel nog onvoldoende wetenschappelijk bewijs is om belevingsgerichte zorg op grote schaal te implementeren en dat ad hoc training van personeel niet zinvol lijkt.

Gelet op de bescheiden resultaten, in combinatie met het enthousiasme in de praktijk en het ontbreken van alternatieven, wordt aanvullend onderzoek aanbevolen. Hierbij moet eerst aandacht besteed worden aan het optimaliseren van trainings- en implementatiestrategieën alvorens een nieuwe effectiviteitsstudie wordt uitgevoerd.